

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

119

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Zarquis DOMINGUEZ P.

Né le 7 janvier 1906, à El Cocuy (Colombie)

De la Faculté de Médecine de Paris

Diplômé de l'Institut de Médecine Tropicale d'Hambourg

Essai

sur les

Métastases morbides

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Zarquis DOMINGUEZ P.

Né le 7 janvier 1906, à El Cocuy (Colombie)

De la Faculté de Médecine de Paris

Diplômé de l'Institut de Médecine Tropicale d'Hambourg

Essai

sur les

Métastases morbides

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{te}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX.... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET.... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PHILIBERT..... Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
CHIRAY.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
VALLERY-RADOT
(Pasteur).
SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
GATELLIER.
HEITZ-BOYER.
MOURE.
QUENU.
SCHWARTZ.
VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
ÉCALLE.
GUÉNIOT.
LE LORIER.
LÉVY-SOLAL.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé Microbiologie.
WEIL-HALLÉ Puériculture.
RUPPE Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Qu'ils trouvent ici l'expression la plus
touchante de mon profond amour filial.*

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES ONCLES ET TANTES

A TOUTE MA FAMILLE

A M. ET M^{me} LE DOCTEUR VALDÈS BLANCO

A SUZANNE LIZEUX

A MARTHE VANDENBERGH

A MES AMIS ET CAMARADES D'ÉTUDES

A M. LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur d'Histoire de la Médecine à la Faculté de Paris
Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a fait le très grand honneur de
présider cette thèse.
Hommages profonds et respectueux.*

A M. LE DOCTEUR J. MORLAAS

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Ancien chef de Clinique Médicale
et de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté
Médecin des Hôpitaux Bons-Secours et Léopold Bellan

*Qui m'a inspiré et guidé dans ce travail.
En témoignage de ma reconnaissance et
de mon respectueux attachement.*

A M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique infantile
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
Commandeur de la Légion d'honneur

Avec l'expression de mes sentiments respectueux et reconnaissants.

A M. LE DOCTEUR TRÉMOLIÈRES

Médecin de l'Hôpital Boucicaut

*En remerciement du bienveillant accueil
que nous avons toujours trouvé près de lui.*

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Essai sur les Métastases morbides

CHAPITRE I

Introduction.

S'il est un mot riche de sens, c'est bien le mot « métastase ». Il veut dire déplacement, dans l'acception que nous lui prêtons, déplacement d'un processus morbide d'un point à un autre, avec dans les cas les plus parfaits, disparition de la manifestation initiale.

Dès la lettre, nous voici plongés dans le mouvant, dans la dynamique, par opposition au statique qui est le propre de la biologie hyperprécise laquelle ne veut pas d'autres bases que le formel (c'est-à-dire la lésion qu'on peut décrire), le pondérable, le mesurable.

Et déjà nous apercevons qu'en ce mot se résume toute une philosophie. C'est la véritable cause de sa désuétude ; les mots ont la vie que l'on prête aux choses qu'ils désignent ; or la médecine moderne est mal à l'aise dans les phénomènes métastatiques parce que jusqu'ici ils ne sont pas adaptables à la méthode d'investigation qu'elle prône, à ses modes d'observer et de comprendre.

Les faits dont nous faisons l'objet de cette thèse

n'ont pas la moindre nouveauté. Ils sont aussi vieux que la plus vieille observation médicale et tellement familiers qu'à force de les côtoyer on n'y prend guère plus garde, au moins dans leur portée et signification véritable.

Les directives de la médecine scientifique moderne ont créé des attitudes de l'esprit peu propices à leur mise en place. Ils sont déçus avec les méthodes des anciens qui, faute de moyens pour scruter le petit s'en tenaient à un vaste regard sur l'homme, ses actions et réactions globales.

La vie de l'esprit, celle du corps, la maladie, ils les voyaient comme des jeux de forces. Sonder ces forces, les hiérarchiser, puis en cas de troubles, rééquilibrer avec le moindre dommage était l'objet de leur souci.

Sans vouloir donner à l'intuition une valeur telle qu'elle puisse l'emporter lorsque les démonstrations de la science ne s'accordent pas avec elle, nous ne pouvons pas nous empêcher de tenir compte des conceptions nées chez les observateurs alors que la méthode expérimentale, source de la vérification moderne, n'avait pas encore vu le jour.

Chez tous les peuples de l'Antiquité en passant par les Hébreux et les Grecs, la maladie est conçue comme exprimant l'action d'une force délétère, énergie morbide, infusable à distance par un semblable hostile, que ce soit l'œil qui la projette ou bien le souffle du gosier ; d'où ce moment, dans le rituel du

baptême, où continuant la pratique juive, le prêtre souffle sur l'enfant pour chasser une force propice, qu'il tient à cet instant de Dieu, les forces ennemies organiques ou spirituelles en germe chez lui, ou susceptibles de s'y infuser.

Pareille façon de comprendre suppose une conception dynamique de la vie organique, aussi bien que spirituelle dans le normal ou le pathologique. La science, prenant son fondement dans la mesure, c'est-à-dire dans le statique, ne pouvait pas autre chose que de rompre en visière tout système fondé sur le mouvant. Car si la science s'accommode du changement, soit de lieu, soit de forme, c'est en considérant une multiplicité de phases d'immobilité dont la succession fait naître l'illusion du mouvement. Le mouvement, le dynamisme vrai n'est pas cela. Il présuppose un accomplissement total avant même son ébauche, il est une virtualité complète dès l'origine et, conçu comme tel, fait bon marché de tous les stades intermédiaires prévisibles.

Sous quelque forme qu'il se réalise, il faut qu'il soit. Il n'est pas question au préalable que l'énergétique se traduise par expressions successives probablement définies. Il s'agit d'une force éclatante qui, pour s'épuiser revêtira les formes qu'elle pourra selon les rencontres psycho-physio-orgagniques en utilisant toutefois, de par une loi générale aussi bien physique que psychologique, les avantages de la facilitation et dénommée frayage dans les conceptions les plus modernes de la neuro-psychiâtrie.

Si importantes que soient les acquisitions de la science moderne, en les considérant sous l'angle de la philosophie, on se rend compte que, d'un point de vue général, les détails des faits mis à part, il n'est rien de nouveau sous le soleil. Les divers courants de la philosophie grecque, les latins avec Lucrèce, le moyen âge avec ses alchimistes avaient conçu la physique du monde selon les divers courants de l'âge moderne, et nous ne croyons pas qu'ainsi largement conçus, l'atomisme, l'énergétisme soient des nouveautés ; l'alchimisme lui-même ne reprend-il pas quelques titres de noblesse, quand, sous l'impulsion de savants étrangers, et en France de Joliot, Curie et Becquerel, la transmutation de l'élément chimique est devenu une réalité ?

Les partisans de la métastase pourraient, de ce renversement historique, tirer quelque encouragement. A vrai dire, d'encouragement ils n'auraient besoin que pour conquérir une large audience, une considération doctrinale. A part eux, leur quiétude est entière, car les faits sont les faits, et quelque critique que l'on puisse faire des faits biologiques les plus clairs, cette clarté suffit à réunir l'adhésion des esprits de bon sens, sinon de tous. Or cette clarté appartient à tant de cas de métastases qu'il ne nous paraît pas que le principe en puisse être mis en conteste ; après réflexion, après dépouillement de certains modes actuels de penser nous incitant à imaginer les schémas lésionnels d'actions microbiennes ou diathésiques, plus qu'à juger la force qui les

actionne, il ne nous paraît pas davantage que le fait de la métastase ne puisse pas être retenu comme un des grands mécanismes de l'énergie morbide. Aussi, la négliger risque d'induire le thérapeute en des erreurs du plus grand risque pour la vie du patient.

Quelles vicissitudes qu'elle ait essuyées, dans tout le magasin hippocratique, la métastase figure certainement l'article le moins négligé. Elle a résisté contre vents et marées, et si elle semble aujourd'hui reprendre force, c'est non seulement parce qu'elle figure, comme nous le disions, une vérité d'évidence, mais parce qu'elle s'insère aisément dans les démarches de la toute dernière science, surtout, nous y faisons allusion à l'occasion de l'alchimie, la physiochimie, mère nourricière de la biologie, laquelle s'amplifie ou s'amenuise selon le rythme de la précédente.

Le mot métastase, nous l'avons déjà signifié, sert à désigner le déplacement d'une maladie ou d'un acte morbide qui disparaît d'une partie de l'économie pour se montrer dans une autre. On l'a encore appliqué à des phénomènes d'ordre psychologique.

Les anciens observateurs voyant des maladies se transporter sous leurs yeux d'un point à un autre, supposèrent que c'était la cause de la maladie fluide et mobile qui se déplaçait ainsi. Quand le changement de lieu se produisait d'un organe plus important à un autre moins important on l'appelait diadoche ; le mot métastase était réservé aux cas où ce changement s'effectuait au contraire sur un organe mobile et augmentait la gravité de la maladie.

Pour Hippocrate la métastase se produisait quand les deux humeurs, phlegme et bile, étant mises en mouvement se condensaient l'une avec l'autre pour se jeter aveuglément sur telle ou telle partie. Mais la véritable doctrine humorale des métastases qui régna sans conteste pendant des siècles fut édifiée par Galien. C'est tout un système fondé sur une hypothèse. La métastase comprend toutes les transformations d'une maladie en une autre. La thérapeutique s'appuie sur cette théorie : le médecin doit s'efforcer de favoriser les métastases utiles, d'empêcher celles qui sont graves ; la révulsion et la dérivation sont à leur apogée.

Jusqu'au xvi^e siècle, les médecins acceptent les doctrines de Galien, sans discuter. Au point de vue du mécanisme du transport du produit morbide, ils ne sont pas embarrassés. Les connaissances grossières d'anatomie qu'ils possèdent leur suffisent et ils invoquent la communication de la veine azygos avec les poumons et les artères émulgentes. Dans les métastases nuisibles la matière se jette sur l'organe pulmonaire, dans celles qui sont favorables elle s'échappe par les reins.

Lorsque, en 1619, Harvey eut démontré l'importance de la découverte de la circulation du sang, on crut que les fluides déposés dans tous les points de l'économie rentraient dans le torrent circulatoire et qu'ils pouvaient être portés sur un organe plus ou moins important. Plus tard, en 1651, après la découverte des vaisseaux lymphatiques par Olaus Rud-

beck et Thomas Bartholin, on crut que les fluides résorbés étaient transportés au moyen de ces vaisseaux.

La médecine reste donc essentiellement humoristique. Elle trouve un représentant illustre en Sydenham. Pour lui la maladie est un « effort de l'organisme qui expulse le principe morbide de la masse des humeurs ». La métastase est produite par le transport de la *malaria* peccans sur un autre point de l'organisme.

Avec l'apparition du solidisme (1) les métastases humorales sont battues en brèche ; l'irritation seule se déplace. C'est grâce aux sympathies que se fait ce déplacement. Haller, Hunter, Pinel, Broussais sont les plus chauds défenseurs de l'irritation. Pour les vitalistes, la maladie est un trouble de l'activité vivante.

L'aberration des forces vitales peut produire la métastase, qui est le déplacement du mouvement fluxionnaire ; la maladie ne fait que changer de siège et non pas de nature.

Malheureusement la tendance doctrinaire a poussé les anciens auteurs à expliquer les faits et à généraliser leur interprétation à tous les cas. L'insuffisance de la physiologie et de la pathologie devait forcément les conduire à des erreurs. Si l'interprétation a varié avec les diverses écoles humoriste, solidiste, vitaliste qui ont tour à tour prévalu en médecine,

1. Doctrine médicale qui rapportait l'origine des maladies à des modifications solides des tissus de l'économie par opposition à l'humorisme.

elle a toujours été entachée du même esprit de systématisation. On a englobé sous la même étiquette des processus différents. C'est ce qui explique le discrédit dans lequel est tombé cette antique doctrine qui ne reposait sur aucune base scientifique.

CHAPITRE II

Observations.

OBSERVATION I.

Eczéma et Métastases (obs. personnelle du Dr Morlaas).

M^{me} X..., 25 ans, sujette à des poussées d'eczéma de la face.

Un mois après son premier accouchement, douleurs du bas-ventre sans fièvre, l'examen montre un gros utérus immobilisé, un paramètre empâté et douloureux. Après refroidissement pendant un mois, un curettage est pratiqué qui termine la complication puerpérale. La malade reprend son travail et au bout de quelques mois subit une nouvelle poussée d'eczéma. Il lui est conseillé de « faire couler » par le moyen de pansements hermétiques ; ces enveloppements la gênent et voulant guérir au plus vite elle y réussit grâce à la pommade d'un second médecin qui assèche rapidement les lésions. Mais à peine l'eczéma est-il « rentré » que se déclenche une poussée salpingienne gauche extrêmement sévère, réduite en quelques semaines par la vaccinothérapie. Après ce dernier épisode, la malade reprend sans gêne ses occupations ordinaires. Tout va bien pendant un an environ. A ce moment, nouvelle poussée d'eczéma, suivie d'une série calquée sur la première.

Le même premier médecin conseille de faire couler, même hâte chez la malade qui consulte le même second médecin. Celui-ci conseille la même pommade, elle produit localement le même excellent effet et cause à distance la même métastase aux annexes gauches, apaisée en quelques semaines par les mêmes moyens.

COMMENTAIRE.

Chez cette malade s'est installée une alternance morbide : peau, annexes, il y a entre elles un balancement ; l'affection salpingienne représente l'excitoire complémentaire d'un excitoire cutané artificiellement inhibé.

Mais, en soi, la maladie n'est ni cutanée, ni annexielle, elle est un déséquilibre présentement indéfinissable, point de départ d'une décharge énergétique, dont l'application se situe dans les territoires les plus faciles à actionner ; la peau, de par les dispositions natives accrues secondairement sous l'effet des accès préalables, le salpinx d'autre part, lieu de réaction déjà exercé par une poussée infectieuse puerpérale. Nous voyons donc une exotérose interrompue remplacée par le réveil d'un microbisme latent, c'est là un processus de facilitation parce que jouant, sur des lieux de moindre résistance beaucoup plus aisément ébranlable que les territoires indemnes. Certains sujets tiennent de leur constitution des excitoires tout prêts : poumon avec l'asthme, le catarrhe, la peau avec l'urticaire, l'eczéma ; d'autres sont migraineux, prédisposés aux convulsions. Les anciens en faisaient grand cas, connaissaient leur cousinage et retenir avant tout leur signification dynamique sachant qu'une force qu'on arrête ici porte ailleurs ses effets. Leur plan était d'user la force,

de la traîner au dehors pour éviter les dommages profonds, invisibles (sclérose, etc...) : ils faisaient sortir à la peau, ils dérivait par les hémorroïdes, ils plaçaient des sétons. De tous les excitateurs la peau leur semblait le plus commode. Ils savaient le danger d'une fièvre éruptive mal sortie et s'efforçaient de parfaire l'éruption en irritant la peau. D'autres fois ils créaient le suintement cutané dans le cas de broncho-pneumonie par exemple, chez l'enfant qu'ils savaient eczémateux. Ils s'attachaient en un mot à dériver l'énergie vers le moins fragile. Il faut bien reconnaître que les procédés de l'analyse scientifique orientent l'esprit médical vers le statique beaucoup plus que vers la dynamique ; les figures histologiques sont peu mobiles, les barèmes physico-chimiques fixes ; l'analyse très poussée de la structure des phénomènes limite de plus en plus l'observation qui, s'exerçant en profondeur et localement tend à perdre la vision d'ensemble. Peut-être serait-il bon en utilisant les admirables données de la recherche moderne de se remettre dans l'esprit des anciens, penchés vers l'homme sans cesse âgé (température, atmosphère, astres) et réagissant (adaptation incessante). Ainsi orientés nous ne croyons pas que sous Hippocrate ou du temps de Molière, la médecine eût conduit notre femme eczémateuse dans la double et pareille aventure que nous avons plus haut relatée.

OBSERVATION II.

Eczéma avec alternance d'accès d'asthme.

Arthritisme héréditaire (Dupeyrac, thèse Paris 1903).

A. D..., fillette âgée de 10 ans.

Antécédents héréditaires : mère : migraine, rhumatisme, obésité.

Père : alopecie séborrhéique. Grand'mère : glycosurie, lithiasse biliaire. Grand'père : migraine, obésité.

Antécédents personnels : née à terme, nourrie au sein jusqu'à 14 mois. Les tétées ne sont pas réglées, la nourrice met l'enfant au sein chaque fois qu'elle pleure. Les digestions se font d'ailleurs bien. Pas de troubles intestinaux. A l'âge de 6 mois apparaît un eczéma qui débute par la tête pour envahir rapidement la face et le corps. Suintement abondant et démangeaisons. L'état général est bon, on se contente tout d'abord de faire quelques lotions adoucissantes et de saupoudrer les lésions avec de la poudre d'amidon, sans obtenir d'amélioration. On donne alors un bain tiède à 35°. Vingt-quatre heures après, l'éruption a presque entièrement disparu, mais en même temps se déclare une vive oppression, la dyspnée est effrayante. Le médecin appelé en toute hâte prononce le mot de broncho-pneumonie et applique un vésicatoire sur le thorax. Douze heures après tout rentre dans le calme, mais l'éruption reparaît.

Quelques jours plus tard, les mêmes symptômes alarmants font de nouveau leur apparition pour céder aussi rapidement. L'eczéma a encore disparu au moment de ce second accès et il en est de même pour les suivants qui se répètent une ou deux fois par semaine pendant plusieurs mois. Le diagnostic d'asthme est alors porté et l'on institue avec succès une médication antispasmodique, des fumigations de datura et de papier nitré.

Vers l'âge de deux ans, les accès deviennent moins fréquents, mais plus alarmants ; ils vont ainsi en s'espaçant, il n'y a bientôt plus qu'un accès tous les mois, puis tous

les trois mois, tous les six mois. Le dernier remonte à un an et a été plus intense que les précédents. Dans l'intervalle des accès l'enfant est un peu essoufflée, elle s'enrhume facilement ; à l'auscultation on entend quelques sibilants disséminés dans toute la poitrine et un peu d'emphysème localisé dans le poumon droit. Pas de souffle cardiaque, pas d'albumine dans les urines ; décharges uratiques intermittentes.

L'eczéma a suivi une amélioration progressive sans avoir jamais complètement disparu en dehors des accès d'asthme. Actuellement il se trouve localisé à la face interne des jambes et des cuisses, il est légèrement suintant et prurigineux avec lésions de grattage. Le reste du corps est indemne. L'enfant est maigre et chétive.

Le traitement actuel est le suivant : lotions d'eau bouillie sur les régions eczémateuses, pommade à l'oxyde de zinc, poudre d'amidon. Régime alimentaire, quelques légers purgatifs salins de temps en temps. Solution d'arséniate de soude. Pendant les accès d'asthme fumigations de papier nitré ou de datura, cataplasmes sinapisés aux jambes

OBSERVATION III.

Eczéma avec alternance d'asthme (Dupeyrac, thèse Paris 1903).

Alfred C..., âgé de 3 ans.

Antécédents héréditaires : Père rhumatisant, mère sujette à l'urticaire. Grand-père obèse et emphysémateux. Une sœur de 10 ans morte de broncho-pneumonie.

Antécédents personnels : Elevé au sein jusqu'à 15 mois, les tétées ne sont pas réglées, l'enfant mange également des

bouillies alimentaires, il a gros ventre, mais n'a jamais eu de diarrhée.

A 7 mois cet enfant a présenté un eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu, qui s'est bientôt généralisé. Un mois plus tard à la suite d'un refroidissement, disent les parents, l'éruption pâlit brusquement pour faire place à une forte suffocation avec symptômes thoraciques inquiétants qui ont duré deux jours. Depuis ce temps-là le même accident s'est reproduit à plusieurs reprises, imposant le diagnostic d'asthme. L'eczéma, qui disparaît pendant les accès, est surtout abondant à la partie inférieure du corps, il est peu suintant et prurigineux. L'enfant a une bonne santé apparente, il digère bien et ne suit aucun régime spécial. En dehors des accès il s'enrhume facilement.

OBSERVATION IV.

Eczéma chez un nourrisson. Application de compresses d'eau bouillie, le lendemain convulsions, fièvre, congestion pulmonaire. Mort. (Dupeyrac, thèse Paris 1903).

Au mois de mai 1901 entre à la grande crèche des Enfants-Malades un nourrisson de 6 mois atteint d'eczéma de la face. Cet enfant est né à terme, pendant la grossesse sa mère n'a rien présenté de particulier, elle est bien portante, le père jouit également d'une bonne santé.

Dès le commencement, le bébé a été suralimenté : on lui donnait toutes les fois qu'il criait un biberon de 125 à 200 grammes de lait. La nuit il prenait deux fois le biberon. Aussi n'a-t-il pas tardé à présenter des troubles digestifs variés : gros ventre, vomissements, diarrhée jaune verdâtre. Depuis un mois environ, il a de l'eczéma de la face.

Etat actuel : Le bébé est assez bien développé, mais il a des signes évidents de gastro-entérite ; son ventre est gros, son foie et sa rate augmentée de volume ; les épiphyses du cubitus et du radius paraissent un peu tuméfiées. Il existe presque après chaque repas des vomissements, la diarrhée est constante, tantôt jaunâtre, tantôt verdâtre. Il n'y a rien aux poumons, l'enfant n'a pas de fièvre.

L'eczéma est localisé au cuir chevelu, au front et à la partie supérieure des joues. Il se complique par places de lésions impétigineuses.

On applique sur les parties eczémateuses des compresses d'eau bouillie et l'on règle les biberons. Le lendemain matin l'enfant présente des convulsions généralisées, la température monte à 40°, les poumons présentent au niveau des bases des signes de congestion. A 10 heures du matin l'enfant est mort. Pas d'autopsie.

OBSERVATION V.

Eczéma impétigineux, broncho-pneumonie. Mort.

(Dupeyrac, thèse Paris 1903).

Un enfant élevé au biberon d'une façon irrégulière et suralimenté, entre à la grande crèche des Enfants-Malades dans les mêmes conditions que le précédent, avec des troubles digestifs et un eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu. Pas de fièvre, rien aux poumons ; état général assez bon. On se contente de régler les biberons et on n'applique aucun traitement local, on n'administre aucun médicament à l'intérieur. Le lendemain l'enfant est haletant, il présente des battements des ailes du nez, de l'accélération des mouvements respiratoires. Ses

lèvres et ses mains sont cyanosées. A l'auscultation, on trouve aux deux bases des foyers de broncho-pneumonie avec souffle et râles sous-crépitaux. La température est montée à 40°7. Le jour même l'enfant meurt au milieu de convulsions.

OBSERVATION VI (résumée).

Accidents cérébraux graves consécutifs à la disparition rapide d'un eczéma chronique (D^r L. Brocq, *Journal des maladies cutanées*, 1889-1890, p. 209).

M. X..., âgé de 50 ans, issu de parents rhumatisants, de constitution vigoureuse, n'a jamais eu de maladie grave. Depuis l'âge de 18 ans jusqu'à l'âge de 44 ans il a été sujet à avoir fréquemment des accès d'asthme fort intenses et des névralgies frontales et occipitales.

L'apparition de cet eczéma a coïncidé avec la disparition complète des accès d'asthme, le malade a souvent répété qu'il se garderait bien de guérir son eczéma de peur de faire revenir ses accès d'étouffement. Cependant pour calmer ses démangeaisons qui étaient fort vives, M. Brocq lui avait conseillé dans ces deux dernières années de faire de temps en temps des lotions phéniquées, de se saupoudrer avec un mélange d'oxyde de zinc, de sous-nitrate de bismuth et de talc pulvérisé et de suivre un régime sévère.

En mai 1888, l'eczéma s'étend à la rainure interfessière, aux cuisses et aux fesses. L'éruption est suintante, très rouge et très prurigineuse ; le derme est épaissi. M. Brocq conseille alors des lotions avec de l'eau blanche puis avec une solution phéniquée au 150^e, puis au 100^e, une pommade phéniquée, enfin l'enveloppement des sur-

faces malades avec une toile fine, de façon à ne permettre aucun frottement irritant et maintenir le tout en place avec un caleçon de bain. Les démangeaisons disparaissent presque immédiatement et le malade s'en trouve tellement heureux que, malgré les recommandations de M. Brocq, il continue à se soigner et en quelques jours (fin mai 1888) la lésion eczémateuse disparaît.

Quelques jours plus tard, le malade est pris de douleurs névralgiques occipitales atroces qui vont en s'exaspérant. Il est amaigri, fatigué, il a la démarche chancelante, une certaine tendance au recul, de l'émission involontaire des urines, de la perte des réflexes rotuliens, de la diplopie, un certain trouble de la mémoire et des idées.

Ces symptômes font penser à la possibilité d'une tumeur cérébrale, le malade n'est pas syphilitique. On essaye pendant trois semaines la quinine à hautes doses, l'aconitine, l'antipyrine, le bromure, puis l'iodure de potassium, aucune de ces substances ne produit la moindre amélioration.

Le 5 août 1888, l'état est déplorable, et l'on regarde le dénouement fatal comme prochain. Cependant le 24 août, M. Brocq et M. Ballet, tenant compte de cette remarque que tous ces phénomènes se sont développés à la suite de la disparition de l'eczéma, décident de traiter le malade par les révulsifs. On lui applique d'abord à la nuque un vésicatoire qui est ensuite pansé avec une pommade de Garou. L'effet est immédiat : dès le lendemain le malade est mieux, l'intelligence est un peu plus nette, les douleurs occipitales moins vives. Cette amélioration continue pendant les six jours que le vésicatoire suppure. Puis l'état demeure stationnaire. On applique alors un deuxième vésicatoire pansé avec une pommade à la cantharide ; il se

produit une violente inflammation eczématiforme sur les régions voisines et quelques démangeaisons reparaissent aux parties. Dès lors, l'amélioration marche avec rapidité. Le deuxième vésicatoire ayant séché, on applique à la nuque un cautère à la partie de Vienne.

Sur ces entrefaits, l'eczéma des parties génitales a reparu.

Vers le 15 octobre 1888, il reprend une certaine intensité, les démangeaisons sont vives. C'est surtout à partir de cette époque que les symptômes cérébraux se dissipent. Le malade a maintenant repris toute sa lucidité d'intelligence, toute sa mémoire, mais il ne se souvient nullement de ce qui s'est passé depuis le 21 juin jusqu'à la fin de septembre. Il y a là, suivant son expression un trou dans son existence. Son état de santé est parfait ; mais il a son eczéma et se gratte plus que jamais.

OBSERVATION VII (résumée).

*Relations de certains eczémas
avec les ulcérations du tube digestif* (Schaeffer, thèse Paris,
1924).

M^{me} J. X..., 48 ans, fait en 1918 un eczéma du cuir chevelu et de la face très tenace, accompagné de troubles dyspeptiques douloureux et récidivants. Malgré les régimes exactement suivis, les médications externes et internes (benzonaphthol) les troubles persistent. En 1920, la malade étant à Houlgate, fait une abondante hématurie qui permet de poser le diagnostic d'ulcus stomacal. Un examen radioscopique effectué en 1922 confirme ce diagnostic en montrant un ulcus pylorique.

Les poussées eczémateuses, dans ce cas, alternaient avec des crises de douleurs gastriques. Ce n'est qu'après un traitement dirigé exclusivement contre l'ulcus pylorique que l'on put obtenir la guérison de l'eczéma.

OBSERVATION VIII (résumée).

M^{me} X..., 38 ans, est admise dans le service de M. le D^r Lortat-Jacob, à Saint-Louis pour eczéma. Elle était soignée antérieurement à l'hôpital Saint-Antoine par M. le D^r Mathieu pour ulcus gastrique confirmé par la radiographie et la constatation de sang dans les selles, la poussée d'eczéma n'a cédée qu'au traitement de l'ulcus stomacal.

OBSERVATION IX.

Goutte aiguë du rhino-pharynx

(Neis P., thèse Paris, 1925).

M. M... Œdème aigu de la luette avec menace de suffocation. Brusque disparition au moment où apparaît une attaque de goutte sur le gros orteil droit. Trois jours après le pied se dégage, la gorge est reprise.

OBSERVATION X.

M. L... Refroidissement chez un goutteux, angine aiguë. Fièvre vive, gorge très rouge, amygdales tuméfiées. Deux jours après enrouement, dyspnée. On envisage une trachéotomie. Au cours de la troisième nuit, accès de goutte au gros orteil ; le lendemain matin la fièvre a cessé, tous les symptômes angineux ont disparu.

OBSERVATION XI.

M. L... Goutteux qui commençait souvent ses accès par un violent mal de gorge.

OBSERVATION XII.

M. V... Huit jours après un accès de goutte, angine brusque et violente. Gonflement de toute la gorge, voile et amygdales. Dyspnée croissante, traitement local absolument inefficace. Au bout d'une semaine le malade est réveillé une nuit par un violent accès de goutte sur l'orteil gauche, en quelques heures la gorge redevient absolument nette.

OBSERVATION XIII.

M. H... Amygdalite aiguë qui, brusquement, avorte au moment où commence un accès type de goutte.

Tuberculose et métastases.

1^{re} OBSERVATION (personnelle du D^r Morlaas).

Une jeune fille d'une vingtaine d'années entrée dans le service parce que son ventre s'était ballonné en même temps qu'il s'endolorissait ; la fièvre montant à 38, 38°5, le teint était pâle et l'examen faisait conclure à une péritonite tuberculeuse commençante de type Cruveilhier. Après quelques semaines de bonne alimentation, de repos au lit, la température étant revenue à la normale, le ventre à peine sensible commençant à s'affaisser, on estima le moment venu d'appliquer les rayons U.-V. selon les bonnes

règles de la physiothérapie. La première séance d'application locale eut lieu un matin à 10 heures. Dans le courant de la soirée, la malade fut prise de maux de tête qui se firent rapidement pénibles, des nausées, pendant la nuit les malaises s'intensifièrent si bien que le matin l'interne fit part de ses craintes de méningite. La suite a montré l'exactitude de ses appréhensions, toute la symptomatologie de la méningite s'est dessinée et la jeune fille est décédée quelques semaines plus tard.

Comment ce cas doit-il être interprété ? Il se développe en un lieu déterminé, le péritoine, un processus morbide, la clinique montre qu'il régresse spontanément comme il arrive si souvent moyennant une bonne hygiène et tend à s'épuiser. On a essayé de mieux faire en hâtant l'expiration par l'actinothérapie. A l'action morbide envoi d'épuisement on oppose une contraction. L'énergétique morbide empêchée de se dépenser au lieu où elle s'applique, diverge en un lieu nouveau, la pie-mère cérébrale. Les granulations tuberculeuses sont toujours, quant à nous, disséminées ; les granulies localisées sont les granulies à prédominance locale, les granulations éclosent ailleurs étant denses et demeurées en sommeil.

Ces granulations méningées en sommeil ont été activées et progressivement multipliées par le transport en ce lieu de l'énergie morbide, parce qu'elle a lieu sur la méninge, la métastase est fatale, comme c'est la règle, la mort s'ensuit.

2^e OBSERVATION.

Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans qui, lorsque nous le vîmes, portait depuis bientôt deux ans des adénopathies cervicales. C'était un garçon de bel aspect, de bon

appétit, de belle humeur, simplement fâché que son esthétique soit un peu déparé par les ganglions dont l'un faisait une légère saillie. L'examen général ne montrait rien d'autre, mais la radioscopie révélait une légère ombre sans plus, du côté droit. Les faits avaient été notés à la Charité plusieurs mois avant, tous les traitements médicamenteux appliqués à bon escient dans les divers services, la cure d'altitude même n'ayant amené aucun changement, on a tenté sans meilleur résultat une cure à l'allergine de Jousset. Après quoi on invite le jeune homme à la patience et à la prudence. Il nous semblait qu'une affection aussi rebelle et touchant si peu la santé générale méritait des ménagements.

Notre invitation à l'inaction ne lui plut pas et il accepta d'enthousiasme l'actinothérapie proposée comme il est d'ailleurs classique par un médecin.

On le revit d'urgence après la 4^e séance. Il est méconnaissable, défait, en sueurs, avec fièvre à 40°. On l'hospitalise aussitôt, auscultation nulle, mais il tousse, à la radiographie, pas de changement, crachats négatifs à plusieurs reprises pendant huit jours. Vers ce moment la radio montre une intensification de l'ombre apicale et une petite spéléonque. On pratique la collapsothérapie; elle met rapidement fin à la fièvre, l'appétit revient, de terribles spasmes de l'œsophage qui avaient torturé le malade cèdent et au bout de quelques semaines en bon état apparent, il est admis dans un sanatorium. Là, nouvel épisode tuberculeux, tuberculose linguale et d'un pilier; mal traité; vite, après l'autre poumon se prend. Le malade décède en deux mois, saignant presque sans arrêt.

Quelle est la signification de ces faits? Ici encore nous semble-t-il, se développait dans un lieu assez neutre,

quant à la qualité et à la fonction (ganglions cervicaux) un processus morbifique. Pour cette raison et en raison aussi de la faible intensité du processus (nous reviendrons ultérieurement sur cette notion d'intensité) les fonctions vitales n'étaient pas troublées et le sujet avait un train de vie normal. Ce processus lent, discret, a été contrarié par une thérapeutique inhibante. Il s'est immédiatement appliqué ailleurs en un lieu fragile et noble dont l'atteinte n'a pas été sans altérer gravement la santé, et ainsi jusqu'à causer la mort d'un garçon qui, depuis tantôt deux ans vivant sans encombre pour n'avoir pas encore subi de thérapeutique interruptive.

3^e OBSERVATION.

Est-celui d'une tuberculose péritonéale fibro-caséreuse chez un garçon d'une trentaine d'années, camionneur de son métier et, comme il se doit, franc buveur ; aussi éprouvait-il de longue date des cauchemars qui, le jour venu passaient dans l'oubli chassés par le bon vin. Après quelques semaines d'observation à l'hôpital étant apyrétique, il fut, lui aussi soumis aux rayons U.-V., après la 4^e ou 5^e séance se produisit un phénomène singulier. Ce garçon sevré d'alcool depuis au moins trois mois (il avait été soigné chez lui avant l'hospitalisation) entre un état confusionnel avec onirisme très intense, grande activité motrice, sudation profuse et nauséabonde, sans toutefois tremblement notable. L'ensemble des signes réalisant le tableau du délire alcoolique aigu, cet état dure environ six semaines. Notons qu'il s'appliquait mal à la cure d'une péritonite tuberculeuse avec gâteau fibro-caséux et cependant la suite, à notre stupéfaction s'est déroulée au

grand bien du malade. Ayant quitté le pavillon des agités dans le service du Professeur Achard, ce sujet a vu sa péritonite fondre en quelques semaines à tel point qu'après un séjour de deux mois, il pouvait regagner le Cantal, se patrie d'origine, d'où plusieurs lettres nous font savoir le maintien de la guérison.

Nous croyons que le processus morbilique a été dans ce cas encore inhibé par l'action des ultra-violets ; ils ont cause une métastase, une consommation d'énergie à type psychique ; un épisode psychiatrique a dominé le tableau tel que, lui, s'épuisant, tout est rentré dans l'ordre comme si en lui s'était épuisé l'énergie morbide restante.

COMMENTAIRE

Entrons dans le détail de ces trois cas anatomo-cliniques. Nous procéderons tout ensemble à des considérations histologiques et cliniques.

Dans le premier cas, celui de la granulie péritonéale suivie de granulie méningée, le processus anatomo-histologique varie peu. Ici la métastase touche la séreuse comme la lésion première ; elle revêt comme elle le type granulique.

De même dans le second cas, la biopsie d'un ganglion nous avait montré des follicules tuberculeux peu caséifiés ; la métastase donne lieu à une caséification alvéolaire rapide, intense, donc du même type.

De prime abord, quand on pense aux métastases, c'est la reproduction loin du territoire premièrement atteint de ses images histologiques que l'on évoque. Et cela, parce que l'on est imbu de la métastase cancéreuse, la seule qui retienne véritablement l'attention de la médecine moderne. Son caractère fondamental est la prolifération à distance d'une cellule néoplasique enfuie — si bien que dans le foie se multiplieront de nombreux amas de cellules gastriques reproduisant le néoplasme de l'estomac et entièrement

dissemblable de ce que donneraient les divers types de cancers primitifs du foie. La reproduction, point par point, au lieu de la griffe de l'épithélioma, du carcinome, du sarcome primitif, est la caractéristique de la métastase cancéreuse causée par la migration cellulaire. Il en va tout différemment de la métastase conçue comme nous le faisons dans sa signification hippocratique et homéopathique.

Ainsi que nous l'avons vu par les deux exemples plus haut rapportés, il peut y avoir identité lésionnelle entre le processus morbide initial et la métastase ; mais ce n'est là qu'une incidence dont nous examinerons plus loin la signification. Quelle analogie anatomique établir en effet entre la péritonite fibrocaséuse de notre camionneur et la psychose confusionnelle en laquelle elle s'est métastasée ? L'on sait que ces psychoses sont fonctionnelles, c'est la raison de leur guérison, et qu'elles sont exemptes de tout support histologique. D'ailleurs, voyons l'asthme, syndrome neuro-végétatif causant la constriction des muscles, des bronches ; le seul témoin anatomique est l'éosinophilie du sang et de l'exsudat bronchique ; et l'asthme, c'est classique, se métastase volontiers en eczéma fondé sur le processus histo-physiologique de l'exo-sérose, donc entièrement différent de lui sous tous les aspects, mais de même essence.

Nous avons rapporté ailleurs le cas d'un eczéma de la face, rentré par les pommades, causant une salpingite suraiguë avec réaction péritonéale, chez une jeune femme ayant subi sans encombre un an aupa-

ravant un curetage post-partum. Par deux fois l'arrêt de l'eczéma fut suivi immédiatement des mêmes accidents abdominaux.

Il n'est donc pas contestable que dans leur type clinique aussi bien qu'anatomique les phénomènes morbides sont interchangeable ; ceci nous contraint à ne voir dans la maladie, le plus souvent, qu'une attitude réactionnelle. Le fait morbide que nous dénommons, classons, en l'isolant et le différenciant, objective la maladie, laquelle est quelque chose de plus subtil qui échappe à la forme et jusqu'ici à la mesure. Le morbide est d'ordre énergétique ; le dérèglement de notre économie, son déséquilibre rendent possibles des libérations d'énergie causant les perturbations fonctionnelles ou anatomiques ; celles-ci sont saisies par la médecine moderne, comme le tout de la maladie ; elles ne sont en fait que les apparences : derrière le phénomène pathologique, il y a l'énergie morbide qui unifie les accidents parfois si dissemblables au cours d'une même maladie.

Affections digestives et métastases.

1^{re} OBSERVATION.

M^{me} Sa..., 33 ans.

Dès l'âge de 7 ans apparition subite à des moments imprévisibles d'une éruption du type urticarien qui prédomine aux bras, à la poitrine, au creux épigastrique. L'éruption persiste plus ou moins intense alors, variable pendant 2, 3 heures en moyenne. Apparition d'une crise

comitiale typique qui met fin à l'éruption. La malade se sent très fatiguée de la crise, mais à peine revient-elle à elle qu'elle est prise de troubles gastro-intestinaux, douleur, sensation de crampe au creux épigastrique, diffusant dans l'hypocondre et le flanc droit. Elle irradie aussi à l'épaule droite, s'accompagne de gargouillement abdominal, de nausées, souvent de vomissements et de débâcles diarrhéiques. Ces douleurs persistent vives, s'intensifiant par poussées durant 3 ou 4 heures, puis la sédation vient et tout s'apaise, il persiste seulement et continuellement un endolorissement de la région vésiculaire ainsi qu'une douleur très vive à l'exploration.

2^e OBSERVATION.

M^{me} Mar..., 31 ans.

Ablation d'une trompe et d'un ovaire pour grossesse tubaire il y a 4 ans. Il y a 2 ans, survenue dans un café d'une crise d'épilepsie typique. Depuis ce moment la crise revient à peu près régulièrement à chaque époque menstruelle.

Depuis un an changement de caractère des crises ; subitement nausées violentes, précède de quelques minutes un vomissement abondant. A ce moment, chute avec convulsions toniques ; le plus souvent depuis ces manifestations digestives initiales la phase chronique ne se déroule pas. Puis station de sommeil pendant 8 à 10 heures, enfin réveil. La malade est alors de nouveau prise de nausées, puis de vomissements ; l'intolérance gastrique est absolue ; coliques, gonflement très douloureux du ventre ; l'ensemble des troubles dure jusqu'à l'apparition

de vomissements bilieux. Il reste dans l'intervalle une vésicule très sensible.

Nous avons observé dans les derniers temps à l'hôpital, les faits suivants : cholécystite aiguë avec empâtement douloureux de l'hypocondre droit, fièvre aux environs de 40°. On refroidit à la glace la région douloureuse et on administre des désinfectants. Subitement après 3 à 4 jours la fièvre tombe et, du même coup, l'hypocondre se dégage. On parle de guérison, mais au bout de quelques heures survient de la douleur dans la parotide gauche ; la fièvre, progressivement mais rapidement, s'élève et se trouve en présence d'une parotidite suppurée cependant que la cholécystite demeure entièrement résorbée.

Quelle est l'explication fournie ? Tout d'abord, ces faits sont fréquents, banaux ; s'agissant de troubles infectieux, on parlerait, s'il le fallait, de transport de microbe et l'on ne prendrait pas garde, déformé que l'on est par l'ambiance et la doctrine régnantes, que l'on a éludé l'essentiel, c'est-à-dire l'aspect dynamique, l'aspect énergétique du problème, le balancement morbide qui s'objective sous la forme d'une métastase.

Ainsi en est-il de faits plus constants, tellement schématiques qu'ils font partie des vérités observées par chacun ; l'orchite blennorrhagique tarit l'écoulement, quitte celui-ci à reprendre sitôt l'orchite éteinte. Tout cependant dans un phénomène aussi étrange semble simple ; sa singularité est éclipsée par la persistance des catégories à travers lesquelles on pense : inflammation, gonocoque ou colibacille. On retrouve

dans le nouveau foyer les lésions et les germes qu'on avait déjà figurés ; le formel est préservé, dès lors tout est clair, mais encore une fois, on a esquissé l'essentiel, le côté dynamique du processus, l'équivalence morbide, le balancement métastatique.

Ces cas, après beaucoup d'autres, marquent donc une vague de déroulement paroxystique de l'énergie, un véritable cycle. Il semble qu'il faille mettre en cause l'intensité, la brusquerie de la décharge et les limites réactionnelles des organes affectés. Ces aspects de la question semblent évidents dans les cas suivants : un malade de Tinel provoquait à volonté une névralgie faciale par pression d'un point douloureux à l'émergence du nerf maxillaire supérieur ; au bout de quelques secondes survenait une paralysie complète du moteur oculaire commun ; si la même crise était particulièrement violente on pouvait voir s'associer à l'ensemble une parésie faciale du même côté, puis un état subsyncopal accompagné d'étourdissement et de contractures rythmiques des membres, ébauche d'une crise d'épilepsie.

Dans un autre cas de névrite brachiale horriblement douloureuse, certains paroxysmes de la douleur provoquaient un état syncopal avec pâleur subite de la face et apparition de petites convulsions rythmiques des membres supérieurs.

De telles manifestations, par leur fixité, constituent un mode de réaction propre au sujet ; réaction à des causes de plus en plus variées, fonction de coordina-

tion physiologique pré-établie, de mécanismes de plus en plus sensibles parce que de mieux en mieux montés, équivalent de ce que nous appelons automatismes, habitudes dans le comportement journalier.

Ces mécanismes réactionnels tout montés, peut-être seraient-ils dignes que nous en précisions l'existence par des observations plus particulièrement conduites dans ce sens ? Nous serions alors amenés pour telle ou telle affection à distinguer le cas maladie et le cas réaction ; telle l'épilepsie organique et l'épilepsie habitude réactionnelle. Pour mieux montrer la portée de ces distinctions, prenons le cas de la crise palustre. Les médecins militaires admettent que le paludisme doit être éteint environ deux ans après le retour du paludéen en France. On est frappé de voir encore aujourd'hui des sujets, éloignés depuis quinze, dix-huit ans de toute contamination nouvelle, présenter des accès palustres. Beaucoup d'entre eux ont été traités de façon suivie, même après leur retour. Or, au cours d'accès, les recherches d'hématozoaires que nous avons faites chez quelques sujets ont toujours été négatives et ils s'accordaient à dire qu'il en avait, depuis nombre d'années, toujours été ainsi.

Est-il trop hasardé de se demander si l'accès, manifestation parasitaire au début, n'est pas devenu une réaction habitude à des causes absolument étrangères au parasite ?

Il serait intéressant de serrer ces faits de près. S'ils devaient être retenus comme tels, ils prendraient une très large portée doctrinale. Ce retour à des modes de

comprendre antiques ne vaudrait pas sans quelques rapides conclusions pratiques.

Il nous paraîtrait profitable pour une plus large compréhension des phénomènes et une thérapeutique plus efficiente, de tourner notre attention davantage que, dans l'ensemble, nous ne le faisons, vers les grands modes de réaction de l'économie. Nous verrions mieux peut-être le symptôme à combattre, le symptôme à respecter, le symptôme à accentuer. Nous aurions peut-être moins de souci ou tout au moins une compréhension plus exacte des phénomènes locaux ; de l'analyse nous monterions plus aisément vers la synthèse d'où résulterait une notion plus judicieuse des équilibres et des déséquilibres.

En nombre de cas, l'eczéma est une réaction d'équilibre, donc à respecter ; de même tel flux catarrhal. Supprimer, en ce cas, c'est enclore peut-être très fâcheusement une énergie (pour ne rien préjuger) dont le dégagement assurerait notre rééquilibre.

Si, par ailleurs, le processus de rééquilibration est gênant, cause de la souffrance, c'est par des moyens détournés, en défaisant les voies tracées, celles montées par l'habitude, qu'il sera possible de supprimer sans dommage. C'est par des moyens généraux que l'action sera entreprise et leurs effets seront d'autant meilleurs s'ils atteignent la cause première, ignorée d'ordinaire, de la perturbation seulement connue dans ses effets. Tel est d'ailleurs le courant de la thérapeutique actuelle (abcès de fixation, auto-hémothérapie, réflexothérapie, agents physiques, etc...) que

nous voyons appliquer aux affections les plus disparates pour lesquelles on néglige de plus en plus le traitement local ; et pareille gamme va des affections cutanées aux inflammations viscérales, même aux troubles mentaux.

Enfin, toute habitude fortement ancrée est difficile à rompre. Le plus tôt sera le mieux, d'autant qu'à force d'ébranlements l'organe s'altère et que le trouble réaction tend à devenir maladie viscérale.

CHAPITRE III

Notion de force morbide.

1° *Notion d'intensité.*

Nous regrettons de nous en tenir à un langage aussi peu précis, nous sommes dans le vivant ; mieux, dans l'humain ; cette nuance est à retenir ; l'action de la pensée, du sentiment sur le corps rend ses réactions encore plus complexes ; dès lors que nous explorons le vivant, l'humain, nous peut-on faire grief d'être imprécis ? L'énergie morbide, si nous ignorons ce qu'elle est, nous en observons les actions, grâce à quoi nous tenterons d'en saisir quelques aspects.

Nous nous arrêterons tout d'abord à la notion d'intensité. C'est elle qui explique la gravité variable des crises, danger en général et plus particulièrement de celles si fréquentes aux environs de la cinquantaine auxquelles on ne trouve, après vérification nécropsique, aucune explication ; plusieurs crises ont été subies sans dommage ; une décharge plus massive en un lieu fonctionnellement inadapté à des variations dynamiques importantes a causé une inhibition mortelle.

A ce titre, nous vous rappelons deux observations pleines d'intérêt de M. Tinel ; un de ses malades provoquait à volonté une névralgie faciale par pression d'un point douloureux à l'émergence du nerf maxillaire supérieur ; si la crise était plus violente, au bout de quelques secondes survenait une paralysie complète du moteur oculaire commun ; en cas de crises plus fortes encore, on pouvait voir s'adjoindre une paralysie faciale du même côté, puis un état syncopal accompagné d'étourdissement et de contractions rythmiques des membres, ébauche d'une crise d'épilepsie.

Dans un autre cas de névrite brachiale horriblement douloureuse, certains paroxysmes de la douleur provoquaient un état syncopal avec pâleur subite de la face et apparition de petites convulsions rythmiques des membres supérieurs.

Ainsi des décharges de plus en plus intenses ne s'épuisant pas dans les lieux premiers de leur application mettaient en branle les centres voisins jusqu'à atteindre les zones sous-corticales et corticales.

Nous avons rapporté plusieurs cas du même genre sous le nom de « décharges morbides en cascade ».

Ces divers types d'observations mettent en évidence, en premier lieu, l'intensité de la décharge morbide, mais en outre l'impossibilité des réactions organiques à épuiser cette action appliquée en eux ; d'où diffusion vers d'autres territoires. Il apparaît en définitive que deux facteurs, très étroitement interdépendants, sont à la base de la réalisation patholo-

gique : l'énergie morbide et la capacité d'action des tissus.

Une vieille surveillante dans un service d'enfants qui, à l'occasion de rougeoles, de scarlatines reconnues graves parce que mal sorties, faisait venir à la peau en plongeant les petits malades dans des bains sinapisés ; elle excitait le tégument, elle l'irritait, l'astreignait à répondre aux actions du processus morbide ; celui-ci s'usant en cet excitoire était dispensé de métastaser en broncho-pneumonie ou catarrhe suffocant. Guidés par des intentions semblables, de vieux praticiens, imprégnés dans le savoir d'hippocratisme, se servaient de la peau pour guérir de broncho-pneumonie ou autre inflammation interne, les patients qu'ils savaient eczémateux. L'irritation de la peau causait l'exésérose de l'eczéma réveillé et libérait du même coup l'inflammation profonde.

Ces divers rappels cliniques nous montrent les multiples expressions d'une même énergie morbide en fonction de son intensité, de la brusquerie ou masse des décharges, de la puissance d'action des tissus ; la mutation cacherait-elle une finalité ? Pareilles métamorphoses s'exerceraient-elles pour la sauvegarde de l'individu ? Autrement dit, devant le danger de la maladie pour l'être, y aurait-il en contre partie, compte tenu des possibilités naturelles, une action dirigée en vue du moindre mal ? Il n'y paraît point. Actions morbides et mutations sont dépourvues de finalité. L'organique tout comme le psychologique tend spontanément au moindre effort. L'on retrouve,

en effet, dans ses procédés deux dominantes : la facilité et l'habitude.

2° *Voies de facilitation.*

Revenons à nos premiers cas cliniques, nous voyons pour l'un des malades s'éveiller un processus granuleux méningé, cependant qu'on agit sur les granulations péritonéales ; pour l'autre en agissant sur les ganglions tuberculeux, torpides, on provoque l'incendie dans un poumon ; mais dans l'un et l'autre cas les territoires de métastases n'étaient pas indemnes ; peu ou prou ils avaient déjà été atteints vraisemblablement quelques granulations inactives sont pour l'un le siège d'un réveil violent et d'une multiplication intense ; pour l'autre le voile radioscopique marquait une lésion discrète et sans danger. Il n'empêche, en reprenant l'expression ancienne, qu'ils constituaient des lieux de moindre résistance. Dans le troisième cas, le lieu de moindre résistance était un cerveau imprégné par l'éthylisme, forgeant des cauchemars ; en lui s'est faite la métastase sous la forme d'un délire alcoolique aigu de six semaines. Sans cette imprégnation du système nerveux où se fut faite la métastase de sa tuberculose péritonéale ? Elle eût pu susciter en d'autres lieux le réveil des lésions discrètes de même nature, peut-être causer la mort ; au lieu que la guérison, dans le sens clinique, a suivi les désordres mentaux.

Il s'avère par ces exemples que c'est, autant qu'il

se peut, aux lieux de moindre résistance que s'applique la métastase. Nous nous arrêterons à cette expression, ne comporte-t-elle pas une idée de force causant un ébranlement ; le lieu de moindre résistance est celui qui est activé le plus aisément, d'où le terme de « facilité » et de « voies de facilitation » que nous proposons pour préciser les tendances et les démarches de la métastase.

Du principe de facilité et de facilitation va découler le fait de l'habitude morbide.

Les deux cas rapportés plus haut pour illustrer les décharges morbides en cascade nous semblent appuyer fortement cette notion. Une fois le schéma d'ébranlement créé, nous voyons celui-ci se reproduire exactement à chaque occasion ; par fixité, ces manifestations constituent un mode de réaction propre au sujet, fonction de coordinations physiologiques fortement établies, mécanismes de plus en plus sensibles parce que de mieux en mieux montés, équivalent de ce que nous nommons automatismes, habitudes dans le comportement journalier.

CHAPITRE IV

La thérapeutique moderne et le principe de la métastase.

Depuis le début de ce travail il n'est question que d'énergétique, d'activation des tissus par des forces agissantes, de mutations, comme si le fait clinique observé isolément, en soi, entité figurant la maladie, occupait peu notre attention. En réalité, nous la plaçons au second plan, bien plus soucieux du comportement global de l'être au moral et au physique, bien plus curieux des mécanismes profonds que des apparences lésionnelles. Sans bien s'en rendre compte en mainte occasion, la médecine scientifique en vient là, elle aussi, négligeant ce qui semblait jusqu'ici l'essentiel de son effort, le diagnostic de la lésion.

Prenons ces affections si disparates apparemment : herpès, urticaire, asthme, eczéma, maladie de Raynaud, migraine, vomissements acétoniques de l'enfance, prurigo, strophulus ; la plupart, dans l'esprit des anciens, relevaient de la diathèse arthritique ; elles s'apparentaient étroitement par un terrain commun, terrain nécessaire à leur éclosion. L'ère de la biologie scientifique venue, chaque aspect patholo-

gique a été saisi à part, des effets différents nécessitant des causes immédiates différentes, et cette notion de terrain vague du point de vue de la science, a perdu tout crédit. Or, la notion de terrain, la notion de mécanismes semblables causant des manifestations diverses reviennent en honneur : nous voyons aujourd'hui proposer un schéma physiopathologique identique pour l'explication des diverses affections plus haut citées ; les différences ou oppositions cliniques, donc diagnostiques, s'effacent ainsi devant la notion des causes premières, fonction du terrain. Les agissements de l'organisme et leurs causes prennent le pas sur le diagnostic.

Le même état d'esprit s'observe quant à la thérapeutique : on se soucie de moins en moins de traiter la lésion, on vise le fond, d'où simplification des procédés thérapeutiques ; le même s'applique aux affections les plus disparates : telles l'autohémé, l'autosérothérapie, telles les médications de choc, tel l'abcès de fixation.

En observant de près ces thérapeutiques il nous semble pouvoir les ranger sous trois chefs :

Les unes sont une isothérapie (on injecte au sujet ses propres humeurs).

Les autres consistent dans l'introduction de substances étrangères à l'individu et que l'on sait devoir perturber son économie (choc au Dmelcos, à l'argent colloïdal).

Les autres sont les dérivations de forces (abcès de fixation).

La première méthode recourt à la loi des sem-

blables, élargie sans doute, mais strictement hippocratique et hahnemaniennne.

La seconde vise à défaire, à perturber, on désinstalle l'organisme du pathologique, on crée une révolution avec grosse dépense énergétique (réactions de choc), tout à la fois on tend à consommer l'énergie morbide, à renouveler l'économie humorale et, par là, on disloque le comportement dans lequel l'être tend à s'installer.

Quant à l'abcès de fixation, qu'est-ce donc ? Faire un abcès de fixation c'est créer en un lieu peu fragile (le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse) un foyer de dépense énergétique ; le foyer de suppuration aseptique va concurrencer le foyer septique et sauvera, s'il dérive vers lui, le processus pathogène.

CHAPITRE V

Métastases et homéopathie.

Le mot métastase et la chose abandonnée dans l'ère moderne ont été préservés par l'école homéopathique, comme au moyen âge, quelques-uns seulement préservèrent les trésors de l'humanisme classique.

Les novateurs qui, de nos jours, se plient à ces façons de comprendre et de traiter font en réalité retour en arrière ; ils empruntent à la tradition hippocratique ces vérités les plus vraies et les plus fécondes parce que dérivées d'une longue observation des faits humains et non de laboratoire. Du même coup, ils rejoignent donc les conceptions des homéopathes. Ne créons pas de conflits de présence et disons que les uns et les autres se rencontrent dans un traditionalisme de bon aloi.

L'homéopathie, en effet, tient compte de la nature particulière des phénomènes de la vie et de ce qu'ils comportent, en même temps le conforme aux forces générales. Elle ne croit pas les phénomènes vitaux semblablement à ceux des corps bruts, réductibles aux simples faits physico-chimiques, sans que, cepen-

dant, elle les juge tout à fait distincts d'eux. Autrement dit, elle fait sien le vitalisme physique.

Quest-ce que le cas clinique en homéopathie ? C'est un totalisme ; c'est tout l'individu analysé dans chacun de ses compartiments : spirituel, intellectuel, affectif, fonctionnel, somatique ; mais ces compartiments ne sont pas saisis comme des parties séparées ; bien au contraire, comme un ensemble d'agissants tel qu'aucun ne peut être isolé de l'autre, fondus qu'ils sont dans une unité ; ce totalisme n'est pas une addition de particuliers, aussi dirons-nous plus véritablement que le cas clinique est pour l'homéopathe un globalisme.

Le cas clinique étant ainsi conçu, le morbide est saisi comme une synthèse entre la force actionnante et l'agi ; l'action n'est pas compatible avec l'immobilité, aussi l'homéopathe n'adapte jamais une attitude fixe déterminée par un diagnostic définitif ; les moindres variations du tableau seront relevées et retenues en vue d'une adaptation incessante de la thérapeutique, le malade se confondant chaque fois avec un remède nouveau ; la maladie devient de la sorte un déroulement multiphasé constamment suivi et épousé par autant de « semblables ».

Une telle attitude est seule scientifique parce que seule adaptée au flux imprévisible de la vie, elle est en contraste avec la rigidité du traitement moderne, lequel tablant sur le seul diagnostic et les principales altérations qui en sont le centre s'attache uniquement à les défaire par les moyens pharmacologiques ; la

thérapeutique est statique comme le diagnostic ; elle ne tient pas compte des mouvements profonds constituant la maladie véritable.

Ces mouvements profonds, flux de l'énergétique morbide, mutations, nous avons vu que le seul hasard des circonstances les conduit, que toute idée de finalité doit être écartée et seules la facilitation, l'habitude retenues ; s'ils sont aveugles, par contre, ils sont ductiles ; la dérivation à la peau par l'irritation, les sétons, l'abcès de fixation sont une forme empirique, élémentaire de la ductilité ; nous sommes donc nous, pensants, capables d'emprise sur la morbidité indifférente à conserver ou à détruire ; de cette direction l'homéopathie s'est récemment souciée, d'où la doctrine du drainage et de la canalisation établie par Nébel et tant appuyée par Fortier-Bernoville.

Drainer, c'est atténuer les effets d'aggravation possibles par le *similimum* brutalement administré et cela, moyennant l'adjonction d'un remède satellite.

Canaliser, c'est dériver vers un lieu moins fragile le trouble supporté par un organe essentiel aisément altérable, en tablant sur les affinités viscérales des remèdes.

Fortier-Bernoville pousse encore plus avant dans la personnalité du médicament ; il parle volontiers de remèdes centrifuges et centripètes et tient compte toujours de ce caractère dynamique pour l'administrer avec le maximum d'effcience.

Le remède ainsi compris est une chose vivante à

l'image des phénomènes auxquels il s'adapte, à l'image par conséquent de la vivante métastase, symbole du dynamisme pathologique. Et l'on comprend avec quelle ferveur l'école homéopathique a entretenu et scruté la notion de métastase.

A coup sûr, pour s'être détaché de la pensée traditionnelle, le xix^e siècle a rétréci la compréhension de la maladie et du remède. Il n'empêche que ses chercheurs ont fait de magnifiques découvertes ; s'ils n'ont pas vu large, ils ont vu précis. A la fin de cet essai, dont les termes essentiels sont aussi peu précis que possible, j'invoque pour mon excuse cet aveu d'impuissance dont la matière abordée est, elle aussi, un peu cause.

Conclusions.

1° Les anciens comprenaient sous le nom de métastase une foule d'actions morbides ou physiologiques tout à fait différentes. C'est ainsi qu'ils décrivaient des métastases hémorragiques, laiteuses, purulentes, goutteuses, dartreuses.

L'interprétation était la même pour tous ces phénomènes. Cette interprétation a d'ailleurs varié avec les différentes écoles qui ont tour à tour prévalu en médecine : transport d'une humeur pour les humoristes, déplacement de l'irritation pour les solidistes, déplacement du mouvement fluxionnaire pour les vitalistes.

2° Il ne ressort pas de l'ensemble des faits pathologiques par nous observés ni de ceux-ci rapportés qu'il faille considérer la métastase comme un effort de l'organisme appliqué à le délivrer d'une énergie malifique pour sa sauvegarde. Nous ne croyons pas devoir retenir un caractère finaliste de la métastase.

3° Elle nous conduit à considérer le fait pathologique comme un déséquilibre avec mise en jeu d'une énergie qui perturbe l'économie. Le trouble peut ne

pas attenter à la vie et se limiter à causer douleur, malaise, gêne d'ensemble, affaiblissement ou bien un désordre fonctionnel caractérisé, asthme, éczéma. Mais aussi il peut causer la mort. L'un ou l'autre selon le lieu où s'applique indifféremment la décharge morbide.

4° On observe une certaine persistance dans la démarche des métastases. Elle affecte chez les divers sujets des formes sans cesse ou presque identiquement renouvelées.

Les anciens frappés par ces schémas disaient que la métastase se fixait sur les lieux de moindre résistance. Si imprécise que soit l'expression (n'en va-t-il pas de même de bien d'autres processus de la biologie), elle semble à l'observateur très riche en sens. Nous la complétons par la notion de « facilitation », c'est-à-dire que les phénomènes de la vie physique nous paraissent s'apparenter à ceux de la vie psychologique spontanée par une tendance au moindre effort. Le processus met en jeu les mécanismes les plus aisés, ce sont les voies de facilitation.

5° La répétition des mêmes ébranlements, la reproduction des mêmes manifestations subjectives ou extérieures rendent leur reproduction de plus en plus aisée. Si bien qu'à la moindre occasion, pour des causes fort étrangères aux causes initiales, d'intensité moindre, les mêmes phénomènes surgiront, ainsi s'établit « l'habitude morbide » causant une attitude

morbide. Ainsi en venons-nous à distinguer à côté de « l'affection maladie », l'affection réaction, aux causes les plus diverses.

6° Nombre d'observations, dont quelques-unes ici rapportées, nous font isoler la notion d'« intensité de la force morbide », la réactivité des lieux où elle s'applique. Par combinaison de l'un et de l'autre permettra une seule, deux métastases largement échelonnées — ou bien en quelque moment se produira une cascade de métastases, un lieu se dégage, un autre est affecté, même un troisième, un quatrième jusqu'à épuisement du processus morbifique.

7° Il nous paraît que l'autohémio, l'autoséro, l'auto-aurothérapie, les sétons, l'abcès de fixation, remède univoque pour des formes nosologiques variées à faits différents, sont autant de procédés globaux visant moins le type lésionnel que l'énergétique causale ; le remède s'applique à l'épuiser, par un procédé quelconque, soit en troublant ses démarches ordinaires (autohémio), soit en la contraignant à s'user en un lieu sans fragilité, fonctionnellement sans importance pour dégager tel ou tel visière primordiale (abcès de fixation).

8° Ce mode de thérapeutique rapproche l'allopathie de l'homéopathie moderne, dans un de ses principes essentiels qui est « la canalisation conjugué au « drainage ». Drainer, c'est atténuer les effets

d'aggravation possibles par le similimum brutalement administré, grâce à l'adjonction d'un remède satellite. Canaliser, c'est dériver vers un lieu moins fragile le trouble supporté par un organe essentiel aisément altérable, en tablant sur les affinités viscérales des remèdes.

Vu : le Président de la thèse,
LAIGNEL-LAVASTINE

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Achard (Ch.)*. — Des crises dans les maladies cycliques. Masson et Cie, 1932.
- Abruzzese*. — Malattie generali et tumori dei genitali femminili (Arch. di ostet. e ginec. Nappli, XX, p. 396, juin 1933).
- Alajouanine et Thurel*. — Névralgie faciale et migraine (Gaz. Méd. de France. Paris, 1^{er} mai 1933, p. 319).
- Auliffe (M.)*. — La personnalité et hérédité. Paris, Legrand, 1932.
- Aschner (B.)*. — Konstitutions pathologie (In den Medizinischen Spezialwissenschaften, Wien, 1928).
- Art. Siècl. Médical, 1^{er} fév. 1937, XI^e ann., n° 240.
- Barry (Cl.)*. — Caractères morbides. Thèse Paris, 1935.
- Bérard (F.)*. — Doctrine médicale de Montpellier, p. 17.
- Doctrines des rapports du physique et du moral, p. 573.
- Le génie de la médecine.
- Bezancçon (A.) et Jacquelin (F.)*. — Hémoptysies et troubles vasomoteurs (Presse médicale, n° 45, 5 juin 1929).
- Asth. et fièvre (Presse Méd., 18 nov. 1931, n° 92).
- Brelet (W.)*. — Les abcès de fixation (Gaz. des Hôpitaux. Paris, 1914, LXXXVII, p. 173).
- Brocq (L.)*. — Accidents cérébraux graves consécutifs à la disparition rapide d'un eczéma chronique, in-8°. Paris. 1889.

- Traité élémentaire de Dermatologie pratique. Paris, Doin, 1907.
- Comby.* — Article eczéma, du Traité des Maladies de l'enfance, t. II.
- Chomel.* — Pathologie générale, 1858.
- Dalmas.* — Des métastases Thèse d'agrégation, 1840.
- Delater (G.).* — Les dystrophies tégumentaires dans les maladies des veines : les eczémas (Presse Méd. Paris, XXXIX, p. 1591, 31 oct. 1934).
- Dupeyrac (G.).* — Les métastases de l'eczéma. Thèse Paris, 1933.
- Delore (P.).* — Tendances de la Médecine contemporaine, la Médecine à la croisée des chemins. Paris. Masson, 1936.
- Félix (J.).* — Néphrite aiguë au cours de l'eczéma (Centre Méd. et Pharm. Gannat., 1907-1908, XIII, p. 229).
- Fernet.* — Art. métastases, du dictionnaire Jaccoud.
- Gaucher et Nathan.* — Eczéma généralisé et infecté chez un ichtyosique ; métastases viscérales (Bull. soc. franç. dermat. et syph. Paris, 1908, XIX, p. 67).
- Gaucher.* — Pathogénie et métastases de l'eczéma, particulièrement chez les enfants (Compte rendu du Congrès de Dermatologie de Paris, 1889).
- Des métastases du psoriasis (Congrès de Dermatologie de Vienne, 1892).
- Grisolte.* — Des diathèses. Thèse concours, 1851.
- Germain (Sée.).* — Art. asthme, du dictionnaire Jaccoud.
- Jaccoud* — De l'humorisme ancien comparé à l'humorisme moderne. Thèse Paris, 1863.
- Jacquelin (A.).* — Direction en pratique médicale. Terrains et tendances morbides.
- Les parentés morbides de l'asthme (Congrès du Mont-Dore, de 1932).
- Laignel-Lavastine.* — Cours d'histoire de la Médecine (Histoire

de la goutte et du rhumatisme. Conférences à la Faculté de Méd. de Paris. Année scolaire, 1936-1937).

Gennes (L. de) — La valeur thérapeutique de certains équivalents d'asthme (Paris Méd., I. p. 172, 20 févr. 1932).

Legeroh (G.) — Constipation chez les eczémateux (Gaz. Méd. de Paris, 1914, LXXXV).

Lemonnier. — L'Asthme chez l'enfant. Thèse Paris, 1901-1902.

Lortat-Jacob. — Relations de certains eczémas avec les ulcérations du tube digestif (La Médecine, Paris, 1923-1934, V, p. 414).

Lorry. — Tractatus de morbis cutaneis, p. 26-51.

— De morbarum mutationibus, 1784.

Lumière (A.) — La renaissance de la Médecine humorale.

Morlaas (J.) — Alternances et décharges morbides (Arch. Hospitalières, nov. 1934, p. 418).

— Les métastases morbides et l'homœopathie (L'Homœopathie moderne, 1^{er} oct. 1935, p. 83).

Martel. — L'asthme chez l'enfant. Th. Paris, 1900-1901.

Macri (F.) — Existe un rapporto tra eczema e tubercolosi (Riforma med. Nappli, XLVII, 27 avril 1931).

Marbais (S.) — L'eczéma, tuberculose cutanée (Clinique, Paris, XXV, 291, oct. (A.) 1930).

Maynet (P.) — Contribution à l'étude des troubles gastriques dans l'eczéma. Thèse de Lyon, 1901.

Mathieu-Collessou et Bratiano. — Néphrite aiguë au cours de manifestation de la goutte articulaire (Rev. méd. de l'Est. Nancy, LXI, p. 57, 15 janv. 1933).

Neis (P.) — Goutte aiguë du rhino-pharynx. Thèse de Paris, 1925, n° 325.

Neubner. — Plötzlicher Todesfall nach Abhebung von ekzema (Berlin, Klin. Wochem., 1904, XLI, p. 373).

Quinquaud. — Des métastases. Thèse d'agrég., 1880.

— Note sur les affections cutanées d'origine rénale (Tribune médicale, 1880).

Quiller. — Eczéma chez les nourrissons. Thèse Paris, 1901-1902.

Reydellet. — Art. métastases du dictionnaire en 60 vol.

Saurain. — Complications internes de quelques dermatoses chez l'enfant. Thèse Paris, 1896-1897.

Sédillot (J.). — Poussées alternantes de Maladie de Buerger et d'eczéma, au niveau de la jambe gauche chez un sujet de 29 ans (Bull. et Mém. Soc. de Méd. de Paris, 26 nov. 1932).

Schaeffer et Briand. — Relations de certains eczémas avec les ulcérations du tube digestif. Thèse de Paris, 1924, n° 377.

Scott (T. G.). — Acute gout with gonty eczema and uric acid deposite in skin (Guy's Hosp. Rep. London. LXXVIII, p. 461, oct. 1928).

Stancanelli (P.). — Eczema in coincidenza con disturbi mestruali guariti con la opoterapia ovarica (Rass egna di clin. terap. e sc. aff. Roma, XXV, p. 304, sept. oct. 1926).

Terris (E.). — Les troubles gastriques dans l'eczéma (Pratiqu. Méd. franç., Paris, VI, oct. (A.) 1927).

Tholoxan. — Des métastases. Thèse d'agrég., 1857.

Thooris. — La vie par le stade.

Trousseau. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu.

White (P. S.). — Relation between colic and eczema in early infancy (Am. J. Dis. child. Chicago, XXXVIII, nov. 1929).

Wilson (W. R.). — Investigations upon cutaneous reactions of plesural eczéma with day fever (Brit. Journ. Dermat., London, XLII, p. 320, juillet 1930).

